Lane Medical Library

Ein Fall von Hysterie mit Ileus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Montag, den 19. Juni 1893, Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Victor Klingmüller

aus **Woiselwitz**, Kr. Strehlen (Schlesien).

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Weber**.

Opponenten:

Herr Dr. med. **Oehmisch**, pract. Arzt.

Herr **Conrad Rammstedt**, cand. med.

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Halle a. S.,

Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.

1893.

Imprimatur

Prof. Dr. Harnack

h. t. Decanus

Meinem Vater

in Liebe und Dankbarkeit!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0294

Die Hysterie zählt zu ihren häufigsten Symptomen die, welche sich aus einem Zustand erhöhter Reizbarkeit erklären lassen. Ebenso oft, aber nicht selten neben den vorigen, bestehen Erscheinungen verminderter Reizbarkeit des Bewegungs- und Empfindungsapparates. Scheinbar im Widerspruch mit diesen entwickeln sich in den Se- und Excretionsorganen Vorgänge, die ebenso als Steigerung oder Herabsetzung der normalen Function aufzufassen sind.

„Die Berechtigung, alle diese mannigfachen Symptome unter einem einheitlichen Krankheitsbegriff zusammen zu fassen, ergiebt sich aus der Häufigkeit ihres gleichzeitigen Vorkommens und aus dem Umstande, dass sie einander gegenseitig vertreten und ablösen können und dass sie, mögen sie noch so hartnäckig und scheinbar ganz lokalisiert in irgend einem Abschnitt des Nervensystems aufgetreten sein, sich doch schliesslich immer als abhängig von dem Gesammtzustande des letzteren erweisen“ [1]).

Als ein solches Beispiel von Mannigfaltigkeit der heterogensten Symptome kann ein Fall gelten, der im November des Jahres 1892 in der Kgl. Med. Univ.-Klinik zu Halle a. S. beobachtet wurde.

Anfangs lagen die Dinge so, dass man die Diagnose „Darmstenose mit Ileus“ stellen musste. Nähere Überlegung

1) s. F. Jolly: „Nervenkrankheiten“ (Hysterie) im Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, herausg. v. H. v. Ziemssen.

und eingehendere Betrachtung der Krankheitserscheinungen zwangen dazu, diese Diagnose aufzugeben, und Hysterie als Krankheitsursache anzunehmen, trotzdem Ileus bei Hysterie bisher nicht als sicher beobachtet galt. Es ist wenigstens nicht gelungen, in der umfangreichen Litteratur über Hysterie einen solchen Fall erwähnt oder gar beschrieben zu finden.

Wir führen zunächst die Krankengeschichte an, um an an ihrer Hand diesen merkwürdigen Fall näher beschreiben zu können.

Rosa Schw. 22 J. Dienstmädchen. Halle.

Aufnahme: 23. XI. 92.

Entlassung: 30. XI. 92.

Anamnese (Bericht des behandelnden Arztes): Vor 2 Jahren erkrankte die Patientin bei schwerer Arbeit unter heftigen Leibschmerzen. Sie war 6 Wochen lang leidend und war dann wieder ganz gesund.

Vor etwa 8 Tagen bekam sie Erbrechen nach jeder festen Speise, nur Milch behielt sie bei sich. Die Speisen wurden vollständig wieder erbrochen ohne andere Beimengungen (Blut, Galle). Das Erbrechen kam zuweilen schon beim Essen, zuweilen kurz darauf. Nachher bei den Würgbewegungen stellten sich Leibschmerzen ein. Seit 8 Tagen erfolgte weder Stuhl noch Flatus. Das Erbrechen hielt an.

21. XI morgens beim Aufstehen klagte Patientin über Schwindel und Flimmern vor den Augen, nicht über Leibschmerzen. Am Abend wurde ein Clysma ohne Erfolg gegeben.

22. XI. Zu Bett geschickt befand sie sich am Morgen leidlich wohl, am Nachmittag traten andauernde heftige Schmerzen auf, die stets vom linken Hypochondrium auszugehen schienen. Maximaldosen von Opium und Morphium verschafften ihr nur geringe Zeit Ruhe. Nachts 12 Uhr erfolgte zum ersten Male gelbes galliges Erbrechen, seitdem öfter mit etwas kothigem Beigeruch.

Am 23. XI. wurde die Kranke vom behandelnden Arzte

in die Klinik geschickt, da Verdacht auf Darmverschluss vorlag.

Status praesens (24. XI.): Grosses, überaus kräftig gebautes Mädchen mit gut entwickelter Muskulatur und reichlichem Fettpolster. Die Wangen und überhaupt das ganze Antlitz zeigt gesunde Farbe. Die Patientin ist etwas unruhig und aufgeregt, das Sensorium ist vollkommen frei.

Fieber ist nicht vorhanden, Temp.: 36,8 und 37,2. Der Puls ist kräftig und etwas frequent, 88 Schläge in der Minute, die Athmung ist mässig beschleunigt.

Am behaarten Theil des Kopfes ist nichts Abnormes. Die Pupillen reagieren gut und gleichmässig auf Lichteinfall. Die sichtbaren Schleimhäute zeigen normale Blutfüllung; die Zunge ist feucht, nicht belegt; Foetor ex ore. Der Hals ist normal, ohne Besonderheiten. Der Thorax ist gut gewölbt und hebt sich bei der etwas beschleunigten Athmung ausgiebig. Die Untersuchung seiner Organe ergiebt durchaus normale Verhältnisse.

Das Abdomen ist nicht aufgetrieben, aber auf Druck schmerzhaft im linken Hypochondrium. Sonst lässt sich nichts Abnormes im Abdomen nachweisen. Sämmtliche Bruchpforten frei. Untere Extremitäten normal. Störungen der Sensibilität und Motilität können nicht nachgewiesen werden.

Pat. hat seit 8 Tagen keinen Stuhl gehabt. Untersuchung per rectum ergiebt feste Kothmassen.

Mit nur kurzen Unterbrechungen hat Pat. fortwährend überaus heftige Brechanfälle, doch ist das Erbrochene immer nur wenig, von gelblich brauner Farbe, dünnflüssig, mit ausgeprägt kothigem Beigeruch.

Die Brechanfälle dauern mehrere Minuten an. Bei den forwährenden Brech- und Würgbewegungen, deren Intensität sich zusehends steigert, wird immer nur wenig erbrochen. Die Kranke ist dabei sehr aufgeregt, schreit zuweilen heftig auf, die Athmung ist krampfhaft, der Krampf steigert sich, bis die Athmung $^1/_2$ Minute lang stockt. Infolgedessen tritt Cyanose ein, sichtbar an den Nägeln, den Lippen wie auch

sonst im Gesicht (gefüllte Venen). Dabei hat sie Krämpfe in den Extremitäten, die sich mit der Intensität der Brech- und Würgbewegungen steigern. Es sind immer einzelne, mehr oder minder heftige Zuckungen, also Krämpfe klonischer Art. Dann presst sie Arme und Beine krampfhaft gegen das Abdomen. Der Puls steigt bei den Anfällen bis auf 120 in der Minute, er ist aber kräftig und regelmässig. Das Abdomen ist nicht aufgetrieben, die Bauchdecken bleiben mässig gespannt während des Erbrechens.

Allmählig löst sich der Krampf, die Athmung beginnt wieder, anfangs mit tieferen Zügen, aber regelmässig. Der Puls geht zurück bis auf 80—90 Schläge. Die Brech- und Würgbewegungen nehmen an Heftigkeit ab, bis sie sich allmählich verlieren, die klonischen Krämpfe der Extremitäten hören auf. Alle diese Anfälle dauern nur einige Minuten. Nach ihnen beruhigt sich die Kranke erst allmählich, wimmert und schreit noch fortwährend, bis endlich ein Stadium der Ruhe eintritt. In diesem bemerkt man von einem stark leidenden Zustande bei der Kranken wenig oder nichts. Die Anfälle scheinen ihren allgemeinen Gesundheitszustand wenig anzugreifen; die gesunde Röthe des Gesichtes ist bestehen geblieben, die Wangen sind nicht eingefallen, keine Ränder unter den Augen vorhanden. Nur ist sie immer etwas aufgeregt, unruhig; sie rollt die Augen öfter unruhig hin und her, ihre Hände zittern etwas (z. B. beim Ausstrecken), und sie liegt zuweilen nicht still. Manchmal treten ziehende Schmerzen auf, die angeblich immer von der linken Seite ausgehen, ohne dass sie besonders heftig wären. Die Temperatur ist nicht erhöht. Morphium subcutan (0,02) schafft keine Ruhe.

Die Kranke muss katheterisiert werden, da sie von selbst nicht Urin lässt. Der Urin ist klar, konzentriert, von röthlich gelber Farbe und enthält kein Eiweiss und Zucker. Die tägliche Urinmenge ist nicht vermindert.

Diese heftigen Brechanfälle mit ihren respiratorischen Krämpfen, das kothartige Erbrechen bestehen nun bereits

etwa 30 Stunden. Die Häufigkeit der Anfälle hat nicht abgenommen, die Heftigkeit ist dieselbe geblieben. Eine Besserung oder günstige Wendung bei solchem Stande ist nicht zu erwarten, daher wird die Anführung einer Laparotomie erörtert, um ein etwa vorhandenes Hindernis beseitigen zu können.

Allmählich machen sich aber gegen die Diagnose „Darmstenose" folgende Bedenken gelten: das Aussehen ist ein gutes, normales, die Gesichtszüge sind nicht verfallen. Das Abdomen ist nicht aufgetrieben, heftige peristaltische Bewegungen des Darmes sind nicht zu bemerken; der Ernährungszustand hat bisher wenig gelitten; von einem Kräfteverfall wie er bei anhaltendem Ileus gewöhnlich ist, konnte nichts beobachtet werden; der Puls war immer kräftig und normal und die Anfälle waren öfter mit Benommenheit des Sensoriums verbunden. Alles dies und die weiteren Symptome die respiratorischen Krämpfe (Schreikrämpfe), die klonischen Krämpfe in den Extremitäten, die allgemeine Unruhe und Aufgeregtheit veranlassen dazu von der Diagnose einer einfachen Darmstenose abzusehen und als Krankheitsursache „Hysterie" anzunehmen.

Bei einem dieser heftigen Brechanfälle spritzte man, den allgemeinen Krampfzustand, die Cyanose, die stockende Respiration, die zeitweiligen Schreikrämpfe beobachtend, der Kranken einmal schnell eine Menge kalten Wassers ins Gesicht und auf die Brust. Sofort athmete sie mit einem langgedehnten schmerzvollen „Ah" ein, wachte gleichsam aus ihrer Bewusstlosigkeit auf; der Anfall war unterbrochen, die Athmung wurde regelmässig, wenn sie auch noch beschleunigt blieb, die Krämpfe und die Würg- und Brechbewegungen blieben weg und die Cyanose verlor sich. Darnach trat für längere Zeit Ruhe ein. Seitdem ist bei wiederholter Anwendung dieser Therapie die Zahl der Anfälle geringer geworden und ihre Heftigkeit nimmt ab.

25. XI. Die Patientin hat die Nacht nach einem warmen Bade mit kalten Übergiessungen ruhig geschlafen und Stuhl-

gang nach 2 Einläufen gehabt; sie hat nur einmal erbrochen. Das Erbrochene war wieder faeculent.

Ihr Befinden am Tage bedeutend besser. Am Tage 1 reichlicher Stuhl, kein Erbrechen mehr. Mässige Kopfschmerzen.

26. XI. Erbrechen hat sich nicht wieder eingestellt. Die Kranke fühlt sich wohl und kräftig genug, um aufstehen zu können.

27. XI. Wohlbefinden.

30. XI. Geheilt entlassen.

Es handelt sich nun zunächst um die Frage, ob hier eine einfache Darmstenose vorlag.

Die Kranke war kaum vom behandelnden Arzt, der die Diagnose „Darmverschluss" gestellt hatte, in die Klinik eingeliefert worden, so erbricht sie sofort unter heftigen Würg- und Brechbewegungen eine geringe Menge einer faeculenten Flüssigkeit. Dieses Erbrechen wiederholt sich fast ununterbrochen und behält sein faeculentes Aussehen und Geruch bei. Man denkt an alle Möglichkeiten, die einen Darmverschluss bedingen können, findet aber, dass keine von ihnen eigentlich vorhanden ist. Es macht sich aber alles so, als ob doch ein Darmverschluss vorhanden sei: zuerst gewöhnliches Erbrechen mit Coprostase, es wird dann häufiger, gallig und schliessslich ausgeprägt faeculent. Darnach scheint es, als habe sich das Darmlumen allmählich verlegt. Auffällig war sofort, dass das Abdomen durchaus nicht aufgetrieben war. Allerdings bestand das faeculente Erbrechen, das characteristische Symptom einer Darmstenose, erst etwa 24 Stunden lang und bei dem anscheinend langsamen Entstehen des Darmverschlusses brauchte eine Auftreibung noch nicht zu bestehen. Jedes Anzeichen einer solchen blieb aber ganz aus! Und dann, wie sind die mit den Brechanfällen zugleich auftretenden respiratorischen Krämpfe und die klonischen Krämpfe der Extremitäten zu erklären? Die allgemeine Unruhe und psychische Aufgeregtheit lässt sich bei einem etwas empfindlichen Mädchen leicht

aus dem scheusslichen Character des Leidens und der trüben Aussicht in die Zukunft ableiten.

Der pathologisch-anatomische Beweis, der allein sicher für die Richtigkeit der Diagnose entscheiden könnte, fällt hier aus. Gleichwohl glauben wir, eine zeitweilige Darmstenose auf pathologisch-anatomischer Grundlage beruhend zunächst ausschliessen zu müssen, denn von den bisher bekannten Ursachen, die sie veranlassen können, kommt für den vorliegenden Fall keine in Betracht.

Weder konnte der Nachweis geführt werden, dass Darm- oder Gallensteine, irgend welche Geschwülste oder Lageveränderungen des Darms (äussere, innere Hernien; Axendrehung; Invagination) das Darmlumen verengerten oder versperrten, noch machte die Anamnese das Vorhandensein narbiger Strikturen, die Darmstenose hätten bedingen können, wahrscheinlich. Eher konnte es sich noch um zwei andere gleich zu erwähnende Arten von Darmstenose handeln. Einmal war es möglich, dass durch die achttägige Stuhlverhaltung Kothstauung eingetreten war und diese das faeculente Erbrechen im Gefolge hatte. Welche Ursache hatte aber dann das gleichzeitig mit der Coprotase eintretende Erbrechen der Speisen? Und dass eine gemeinsame Ursache vorlag, darauf deutet mit Sicherheit das gleichzeitige Einsetzen beider Symptome hier. Endlich konnte man noch an eine Art der Darmstenose denken die H. Eichhorst[1]) folgendermassen beschreibt: „Als eine Form von Darmstenose, die mit Veränderungen der Darmwand in Zusammenhang steht, ist diejenige zu erwähnen, welche durch abnorme Innervationsvorgänge verursacht wird. Durch eine zu geringe Energie in der Darmperistaltik kann es sich ereignen, dass Kothmassen secundär stauen und damit zu Zeichen von Darmverengerung führen, nachdem ihnen einige Zeit vorher Symptome der Stuhlträgheit vorausgegangen sind". In

1) s. Eulenburgs Realencyclopaedie Bd. V. S. 104 unter „Darmstenose" v. H. Eichhorst.

unserem Falle begann aber die Krankheit mit Coprostase und Erbrechen, es kann also diese Beschreibung höchstens theilweise für ihn passen. Denn wie kam das geichzeitige Erbrechen zu Stande, bleibt immer als Frage nach einer gemeinsamen Ursache beider Symptome bestehen.

Mit einer einfachen Darmstenose können wir es also im vorliegenden Falle wohl kaum zu thun haben; die Darmstenose würde nur als complicierendes Symptom zu betrachten sein. Wir nehmen daher eine gemeinsame Krankheitsursache an, die die verschiedenen Symptome in sich fasst und genügend erklärt. Es ist nach unserer Meinung die „Hysterie". In folgendem soll nun versucht werden, die Richtigkeit dieser Diagnose zu beweisen.

Gerade das eigentlich als Beginn der Erkrankung sich einstellende Erbrechen der Speisen ist in seiner Art und Weise ausserordentlich characteristisch für Hysterie. J. M. Charcot[1]) schreibt in seinen „Klinischen Vorträgen über Krankheiten des Nervensystems" bei der Besprechung eines Falles von hysterischer Ischurie: „die Nahrungsaufnahme war, wie Sie leicht begreifen werden, sehr beschränkt. Der Magen erbrach beinahe sofort und ohne Würgen — ein von H. Salter mit Recht hervorgehobenes Merkmal hysterischen Erbrechens — die eingeführten Speisen zum grössten Theil". Die gleiche Beobachtung wurde in unserem Falle gemacht. Auch hier erbrach die Kranke sofort, mitunter beim Essen selbst, und zwar entleerte der Magen feste Speise vollständig, nur Milch behielt er bei sich. Würgbewegungen traten erst nachher auf.

Die Stuhlverhaltung und das Nichtabgehen von Flatus sind ziemlich häufige Symptome bei den verschiedensten hysterischen Zuständen, immerhin indes nicht so characteristisch, dass sie in unserer Beweisführung besonders verwerthet werden können.

1) Charcot. J. M. Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems übers. v. Fetzer. 1878.

Weit mehr beweisend ist die Ischurie! Sie bleibt namentlich gern nach hysterischen Anfällen zurück, tritt aber auch sonst oft bei Hysterie auf. Hier könnte man den Einwand machen, dass die Ischurie als Symptom einer acuten Morphiumvergiftung anzusprechen sei — die Kranke hatte ja Maximaldosen von Morphium und Opium erhalten — merkwürdig bleibt aber dann, dass andere Symptome einer solchen Vergiftung nicht auftraten. Ausserdem ist auch bei der acuten Morphiumvergiftung häufig, ja fast gewöhnlich mehr oder minder heftiger Harndrang vorhanden, wovon hier nichts berichtet wird. Auch trat die Ischurie 1 Tag nach dem ersten heftigen Brechanfall (23. XI.) auf, und das entspräche der allgemeinen Beobachtung, wonach sie sich gern als eine Folgeerscheinung von hysterischen Anfällen einstelle. Ich möchte hierbei die Beobachtungen anführen, die Charcot bei hysterischer Ischurie gemacht und in seinem bereits oben genannten Werke veröffentlicht hat. „Hysterische Ischurie kann selbst Monate lang anhalten". — „Wenn die Sache diese Wendung nimmt, so schliesst sich in gewissermassen obligater Weise an die Suppresion ein weiteres Symptom an, welches sozusagen das erstere ergänzt, nämlich Erbrechen, das sich, solange die Ischurie anhält, Tag für Tag und selbst mehrmals am Tage wiederholt und manchmal angeblich das Aussehen und den Geruch von Urin hat. Immerhin hat in zwei oder drei Fällen die chemische Analyse in den erbrochenen Massen die Anwesenheit einer gewissen Quantität Harnstoff nachgewiesen". Darnach ständen also zuweilen Ischurie und Erbrechen in einem gewissen ursächlichen Zusammenhange. Für den vorliegenden Fall aber konnte ein solcher nicht obwalten, denn das Erbrechen der zugeführten Speisen und später das Erbrechen galliger und faeculenter Massen bestand bereits, ehe sich Ischurie einstellte, und man muss eher an ein umgekehrtes Verhältnis denken, dass Ischurie nämlich die Folge der Brechanfälle sei.

Die heftigen Brechanfälle tragen durchaus den Character

hysterischer Anfälle, nur spielten sich eben die Paroxysmen zunächst fast ganz und gar in der visceralen Sphaere ab, so dass sie eine Zeit lang die anderen Symptome eines vorhandenen hysterischen Zustandes verdecken konnten.

R. Arndt beschreibt in seiner Monographie der Hysterie in Eulenburgs Realencyclopaedie Bd. X. S. 202 und 203 die hysterischen Anfälle im allgemeinen folgendermassen: „die höchste Unruhe, die höchste Angst bemächtigt sich der Kranken“ . . . „Sie werden in ihren Bewegungen hastig . . alle Respirationsmuskel sind in krampfhafter Bewegung . . . dann wird der ganze Körper bald auf die eine, bald auf die andere Seite geworfen . . . Die Respiration stockt . . . die Lippen sind bläulich angelaufen, die Nägel der Finger und Zehen bläulich durchscheinend. Cyanose entsteht und von Secunde zu Secunde nimmt sie zu. Jeden Augenblick kann der Tod eintreten. Da mit einem Male ein langgedehntes, schmerzvolles „Ah“, wenn Inspirationstetanus bestand, ein langgedehnter Seufzer, wenn Exspiationstetanus bestand . . . Schwach, von häufigen Gähnkrämpfen befallen, oder auch reichliche Thränen vergiessend liegen die Kranken nach den Anfällen da“.

Vergleichen wir mit dieser Darstellung die Anfälle, wie sie uns in der Krankengeschichte geschildert werden. Auch hier ist eine allgemeine Angst und Unruhe vorhanden, die Kranke liegt unruhig im Bett, wirft sich dann hin und her. Die Respiration wird mühsam, man hört schon vor ferne die geräuschvolle In- und Exspiration (Glottiskrampf), die Würgbewegungen beginnen, allmählich wird etwas faeculente Flüssigkeit herausgewürgt. Das krampfhafte Erbrechen begleiten zuckende Krämpfe in den Extremitäten. Die Respiration stockt zuweilen, Cyanose entwickelt sich, sichtbar an den Nägeln und im Gesicht. Dazwischen schreit sie laut auf, wimmert und seufzt. Die zunehmende Cyanose bedroht das Leben. Da mit einem Male tiefe Inspiration und der eigentliche Krampfanfall ist vorüber. Nachher beherrscht die Kranke noch ein Zustand geringerer allgemeiner Aufgeregtheit.

Dieser Vergleich mit dem von R. Arndt oben gege-

benen Bilde lehrt, dass hier alle characteristischen Symptome eines hysterischen Anfalles vorhanden sind: die allgemeine Unruhe und Aufgeregtheit, die respiratorischen Krämpfe (Schreikrämpfe), die klonischen Krämpfe der Extremitäten, die anschliessende Cyanose, kurz das Vortäuschen eines lebensgefährlichen Zustandes. Auch das Verhalten nach dem Anfall entspricht dem allgemein beobachteten Verhalten: es ist eben alles ein Ausdruck gewisser Willensschwäche, es scheint, als beherrschten die Kranken ihren Körper nicht in gewöhnlicher Weise. Binnen wenigen Minuten ist das ernste Bild verschwunden und die Kranke macht den Eindruck einer gesunden Person.

Überaus characteristisch für Hysterie ist das Verhalten der Kranken, als man ihr mit der nöthigen Energie und Kraft eine Menge kalten Wassers ins Gesicht spritzt. Sofort ist der Anfall unterbrochen, die Würgbewegungen, die klonischen Krämpfe der Extremitäten und der Respirationskrampf hören sofort auf, es mussten also alle Ursachen des Anfalles aufgehoben sein. Diese „Therapie“ bringt den gewünschten Erfolg, wie ihn Morphium und Opium nicht brachten trotz Maximaldosen, die Anfälle werden seltener und nehmen an Heftigkeit ab. Die wiederholte Anwendung dieser Therapie ist immer von augenscheinlicher Wirkung. Eine solche Wendung der Sache wäre gar nicht denkbar, wenn das Erbrechen auf einer wirklichen pathologisch-anatomischen Grundlage beruhte. Am allerwenigsten hätte es aufgehört, wenn eine Darmverengerung oder Darmverschluss bestanden hätte. Es muss also hier ein nervöser Einfluss gewirkt haben, der durch den Eingriff unterbrochen wurde, so dass auch seine in den Endorganen sichtbaren Wirkungen aufhörten.

Soweit würde alles unsere Diagnose „Hysterie“ bestätigen, aber es bleibt noch übrig, auf das faeculente Erbrechen selbst näher einzugehen, namentlich zu erörtern, ob diese wunderbare Erscheinung mit unserer Diagnose vereinbar ist.

Charcot hat einige Fälle beobachtet, die in gewisse nähere Beziehungen zu unserem zu setzen wären. Die einschlägige Stelle habe ich bereits oben auf S. 13 angeführt. Ebenso hat Fernet[1]) die Beobachtung gemacht, dass in einem Fall von hysterischer Ischurie in dem Erbrochenen Harnstoff nachgewiesen werden konnte. Charcot hebt die Analogie mit Thierexperimenten bei Nephrotomie und Ligaturverschluss der Harnleiter hervor: gewisse Zeit lang bestehe eine supplementäre Ausscheidung im Darmkanal; die Gehirnerscheinungen treten bei Thieren in einem gewissen Zeitpunkt unausbleiblich auf, während bei Hysterischen die Ausscheidung durch die Nieren wochen- und monatelang durch die supplementäre Excretion ausgeglichen werden kann, ohne dass daraus irgend ein nachweisbarer Nachtheil für das Allgemeinbefinden erwächst. Wir finden auch hier wieder die Aehnlichkeit hysterischer Zustände mit schweren Krankheiten und den tiefgreifenden und, worauf schon oben aufmerksam gemacht wurde, wesentlichen Unterschied in Bezug auf die Prognose. Auf der einen Seite unvermeidlicher exitus letalis, auf der anderen wochen- und monatelanges Verharren im anscheinend direct totbringendem Zustande aber mit durchaus günstiger Prognose. Ein ähnliches Verhalten konnten wir auch in unserem Falle beobachten. Leider konnte die chemische Analyse des Erbrochenen nicht gemacht werden.

Bei den angegebenen Autoren finde ich nirgends erwähnt, dass der Geruch des Erbrochenen wesentlich verändert gewesen sei — es „soll" nur einigemal nach Urin ausgesehen und gerochen haben, sichere Beobachtungen fehlen — oder gar wie in unserem Falle einen ausgeprägt faeculenten Geruch hatte, ferner beobachteten sie, dass das Erbrochene erst nach längerem (Wochen und Monate) Bestehen der Ischurie Harnstoff enthalten habe. Ein gleiches Verhältnis ist in unserem Falle nicht vorhanden, denn die

1) s. „Hysterie" in Eulenburgs Realencyclopaedie S. 191. Der Originalbericht von Fernet war mir nicht zugänglich.

Ischurie trat hier überhaupt erst nach dem verdächtigen Erbrechen ein.

Wir glauben, das faeculente Erbrechen im vorliegenden Falle als eigenes complicierendes Symptom der Hysterie auffassen zu müssen, dessen Auftreten durch die Heftigkeit der visceralen Paroxysmen verursacht wurde und daraus erklärt werden kann.

In keiner der Abhandlungen über Hysterie, die eingesehen werden konnten, ist das kothartige Erbrechen als beobachtet angeführt. — Alle Autoren führen es auf Simulation zurück und schieben Beobachtungsfehler unter; sie meinen: die Kranke hätte Koth verschluckt und bräche ihn dann aus, um interessant zu erscheinen. Inwieweit diese Behauptungen für unseren Fall zutreffen, wollen wir in folgendem sehen: Erstens bestand bei unserer Kranken andauernde Stuhlverstopfung, die Patientin konnte also ihre eigenen Faeces nicht consumieren, fremder war ihr wohl schlecht zugänglich, da die im Isolierzimmer neben ihr liegenden zwei Kranken Koth und Urin in den Unterschieber im Beisein der Wärterin entleerten. Immerhin ist es aber doch wohl möglich, da sie vielleicht doch nicht so genau beobachtet wurde, dass sie mit der den Hysterischen eigenen Wollust an Scheusslichkeiten zu diesem sonderbaren Mittel Interesse zu erwecken, gegriffen habe. Es wäre eher noch denkbar, wenn Geschmacksstörungen bestanden hätten; davon war aber nichts nachzuweisen. Zweitens ist es durchaus unmöglich, dass sie solche Mengen Faeces verschluckt, dass das Erbrochene während zweier Tage und bei so häufigen Brechanfällen andauernd faeculent roch. Drittens wären dann sicher noch einzelne Koththeilchen gefunden worden, davon wird aber nichts in der Krankengeschichte erwähnt, es wird sogar die Dünnflüssigkeit des Erbrochenen hervorgehoben.

Die Wahrscheinlichkeit unserer Diagnose wird auch dadurch noch grösser, dass ja Störungen visceraler Functionen bei der Hysterie zu den gemeinsten Erscheinungen gehören, sodass wir jetzt noch nicht im Stande sind, die mannigfaltigen

Veränderungen und Abwechselungen, die dabei eintreten können, zu übersehen. Man glaubt z. B. theilweise, dass die so oft beobachtete Ovaralgie einen Krampf des Colon descendens darstelle (Schröder van der Kolk). Ferner wird öfter erwähnt, dass sich Paraesthesien in den Darmwänden offenbarten, als ob sie zusammengeschnürt und undurchgängig wären[1]). R. Arndt[2]) berichtet von krampfhaften Zusammenschnürungen des Magens, welche Aufstossen von Gasen und Speisetheilen und in Verbindung mit Contracturen der Bauchpresse Erbrechen zur Folge haben, und von krampfhaften Zusammenschnürungen der Därme. Auch F. Jolly[3]) sagt: Krampfhafte Einschnürungen in den verschiedensten Theilen des Dünn- und Dickdarmes können ferner isoliert auftreten und zu localer oder allgemeiner Auftreibung Veranlassung geben;" an anderer Stelle[4]) spricht er von den Lähmungszuständen in der Muskulatur des Darmes und Magens und ihren Folgen: Gasansammlung, Stuhlverhaltung, Tympanitis. Man ersieht aus diesen verschiedenen Ansichten, wie mannigfaltig die hysterischen Störungen in dem Darmtractus sind und wie ungenau sie eigentlich noch beobachtet sind.

Mei den Hyperekkrisien führt R. Arndt[5]) auch das hysterische Erbrechen an und meint, es beruhe „vielfach auf der vermehrten Abscheidung einer nicht gehörigen, also z. B. zu schleimreichen und darum alkalischen oder, wie Charcot und Fernet fanden, eines Harnstoff enthaltenden Magensaftes in Verbindung mit der Hyperaesthesie und Hyperkinesie des Magens selbst. In manchen Fällen kann es so massenhaft und anhaltend sein, dass man nicht begreift, wo das Erbrochene herkommt. Aus einer vermehrten Abscheidung von Darmsaft, vielleicht auch Galle gehen die

1) S. Eulenburgs Realenoyclopaedie Bd. X. S. 189 unter „Hysterie".
2) desgl. S. 190.
3) F. Jolly. „Hysterie" im Handbuch d. speciellen Pathologie und Therapie herausgb. v. H. v. Ziemssen. S. 489.
4) desgl. S. 492.
5) Bd. X. v. Eulenburgs Realencyclopaedie unter „Hysterie" S. 191.

zeitweisen, namentlich nach stärkeren Erregungen eintretenden Durchfälle mit galligem Erbrechen mitsammt den Übeln hervor, welche sich daran anschliessen.“ Ähnliche Verhältnisse werden wohl auch in unserem Falle mitgespielt haben, nur ist es nicht möglich gewesen, Sicheres darüber zu ermitteln. Es wird allerdings nicht davon gesprochen, dass die Kranke grössere Mengen von Magensaft und Galle erbrochen habe. Doch waren die Mengen wegen der Häufigkeit des Erbrechens relativ gross. Die Galle, von der in der Anamnese gesprochen wird, ist wahrscheinlich infolge der anhaltenden Würg- und Brechbewegungen in den Magen zurückgetreten und dann ist um so eher erneutes Erbrechen eingetreten, als ja der Gallensaft immerhin als mehr oder minder heftiger Reiz auf die Magenbewegung wirken musste. Es scheint demnach, als haben wir es wesentlich mit einer Empfindungs- und Bewegungsstörung in dem Magen und den oberen Darmabschnitten zu thun. Wenigstens treten sie gerade besonders hervor, wenn auch nebenbei anomale Secretionsvorgänge betheiligt gewesen sind.

Alles bisher Angeführte erklärt aber das Abweichende unseres Falles nicht, es macht nur die Diagnose wahrscheinlicher.

Greifen wir nochmals auf die bereits oben ausgesprochene Ansicht zurück, dass es den Anschein habe, als liege eine gemeinsame Krankheitsursache den verschiedenen Symptomen zu Grunde, die zunächst das Erbrechen der eingeführten Speisen und die Stuhlverhaltung verursachte, als Verschlimmerung das gallige und später faeculente Erbrechen und die Anfälle, von denen die Ischurie zurückblieb, zur Folge hatte. Wir fassen, wie bereits oben ausgeführt, das anfängliche Erbrechen als gewöhnliches hysterisches Erbrechen auf. Ob nun Hyperkinesie oder Hyperaesthesie oder beide oder Hyperekkrisie ursächlich wirkten, ist nicht mehr zu entscheiden und kommt auch weniger in Betracht. Die gleichzeitig bestehende Stuhlverhaltung deuten wir analog der bereits oben unter einen letzten Form von Darm-

stenose gegebenen Darstellung Eichhorsts als entstanden durch abnorme Innervationsvorgänge. Das oben näher geschilderte Verhalten der Kranken gegenüber jenem energischen Eingriff während der Anfälle, die dadurch unterbrochen werden konnten, beweist, dass wir es hier mit einem nervösen Einfluss zu thun hatten. Die nicht ausreichende Peristaltik der Därme macht Kothmassen secundär stauen, führt so zu Zeichen einer Darmverengerung. Dass sie galliges und weiterhin faeculentes Erbrechen im Gefolge haben kann, ist ja hinlänglich bekannt. Eichhorst[1]) fährt in seiner Beschreibung so fort: „Am häufigsten trifft man solche lähmungsartigen Zustände der Darmwand am Dickdarm an. Sie kommen namentlich bei solchen Personen zu Stande, welche viel in sitzender Stellung arbeiten, bei Chlorotischen bei Übereizung des Dickdarms durch unzweckmässige und zu lange gebrauchte Abführmittel, finden sich aber auch unter dem Einfluss deprimierender Gemüthsbewegungen und bei Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten, namentlich letzteren Falles dann, wenn ausser der directen Innervationsstörung des Darmes noch Schwächezustände der Bauchpresse bestehen. Vorhin schon wurde auf das analoge Verhalten in unserem Falle hingewiesen. Wir nehmen also an, dass die Coprostase auch in unserem Falle entstanden sei durch eine gewisse Trägheit in der Darmperistaltik, wie sie bei Hysterie häufig genug beobachtet wird. Merkwürdig bleibt dann, dass auf der einen Seite, in den unteren Darmabschnitten, herabgesetzte Erregbarkeit, auf der anderen Seite, in den oberen Theilen und im Magen, erhöhte Erregbarkeit bestanden habe, wenn nicht bei Hysterie die Heterogenität gleichzeitiger Erscheinungen etwas durchaus gewöhnliches wäre. Erklären können wir es höchstens dadurch, dass die stauenden Kothmassen erregend auf die über ihnen liegenden Abschnitte des Verdauungstractus gewirkt haben und dass sich, da im allgemeinen ein gewisser Lähmungszustand in

1) Eulenburgs Realencyclopaedie Bd. V S. 104 unter „Darmstenose".

der Bewegungfähigkeit vorherrschte, diese Wirkung zunächst als Hyperekkrisie äusserte; bis sie eine gewisse Höhe erreichte und dann ihrerseits wieder die nächstliegende Ursache des späteren heftigen Erbrechens wurde. Wir würden uns damit auch im Einverständnis mit den meisten Autoren befinden, die, wie oben auch von R. Arndt angeführt wurde, das hysterische Erbrechen gewöhnlich auf Hyperekkrisie zurückführen. War nun einmal das Erbrechen eingeleitet, so ist es klar, dass bei den späteren Brechanfällen immer tiefer liegender Darminhalt herausbefördert werden musste.

Wo wir in unserem Fall den Sitz einer solchen, durch zeitweiligen nervösen Einfluss bewirkten Stenose zu suchen haben, ist kaum zu entscheiden. Die Dünnflüssigkeit des Erbrochenen, die innige Vermischung mit den faeculenten Stoffen und das Nichtvorhandensein festerer Koththeile oder selbst Kothflocken sprechen entschieden für den oberen Theil des Dünndarms, mindestens aber für den Dünndarm. Der ausgeprägt faeculente Character des Erbrochenen beweist nichts dagegen, denn es ist anzunehmen, dass infolge der achttägigen Coprostase auch die Fäulnis und Zersetzung des Darminhaltes bedeutend gesteigert gewesen sei.

Andererseits sprechen folgende Symptome dafür, dass der Dickdarm vielleicht nicht unbeteiligt gewesen sein kann. Bevor das gallige und später faeculente Erbrechen eintrat, stellten sich andauernde heftige Schmerzen ein, „die vom linken Hypochondrium auszugehen scheinen“. (Anamnese). Ebenso konnte noch am 24. XI. (s. Status praesens) eine grössere Schmerzhaftigkeit im Hypochondrium festgestellt werden. Wir gehen nicht fehl, wenn wir annehmen, dass diese Schmerzen vom Colon descendens ausgingen. Einen sicheren Beweis, der die Beteiligung des einen von beiden Theilen des Darmtraktus direct ausschlösse, können wir nicht anführen. Nur das allgemeine Bild lässt vermuthen, dass zunächst wohl in der gesammten Darmmuskulatur eine Lähmung eingetreten sei, die später in den oberen Theilen von krampfartigen Zuständen abgelöst wurde.

Eichhorst führt weiter an, bei welchen Krankheiten diese Art von Darmstenose auftreten könne Die Hysterie nennt er dabei nicht und er hat auch wohl an sie nicht gedacht, da bisher eine solche Beobachtung nicht vorlag. Immerhin sind es doch verwandte Krankheitsarten, wenn er davon spricht, dass sie bei Chlorotischen vorkäme, sich aber auch unter dem Einfluss deprimierender Gemüthsbewegungen und bei Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten fände.

Es handelte sich also in unserem Fall um eine Krankheitsursache, die eine solche Menge und solche Art von Symptomen herbeiführte und so das Bild eines zeitweilig lebensgefährlichen Zustandes vortäuschte. Vortäuschte! Denn bei der kurzen Dauer des heftigen Brechzustandes — er bestand in seiner sich fast gleichbleibenden Intensität ja nur während zwei und eines halben Tages — konnte eine directe Lebensgefahr nachher ausgeschlossen werden. Immerhin dauerten die Paroxysmen lange genug und sie waren heftig genug, um das Leben der Kranken zeitweilig gefährden zu können.

Trotzdem hatte der Ernährungszustand der Kranken wenig gelitten. Ebenfalls ein Characteristikum der Hysterie! Bei der Aufnahme in die Klinik konnte trotz des acht Tage anhaltenden Erbrechens und der damit zusammenhängenden beschränkten Nahrungsaufnahme von einem stark leidenden oder sehr geschwächten Zustande keine Rede sein. Charcot[1]), der diese Beobachtung auch bei den bereits oben angeführten Fällen von hysterischer Ischurie machte, schreibt darüber: „Trotz wochenlang bestehenden Erbrechens litt die Ernährung nicht Noth. Dies ist übrigens eine Eigenthümlichkeit des hysterischen Erbrechens, welche auch für die Fälle, wo keine Anurie vorliegt, längst bekannt ist. „Er[2]) erklärt dies merkwürdige Verhalten bei den Hysterischen dadurch, dass

1) J. M. Charcot. Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems übers. v. Fetzer. 1878. S. 290.

2) S. 303.

nach seiner Ansicht eine Verlangsamung des Desassimilationsprozesses bei gewissen Fällen von Hysterie bestände; man hätte in der That schon lange beobachtet, dass sich einzelne dieser Kranken in staunenwerther Weise bei unbezwinglichem Erbrechen und bei sehr verminderter und ungenügender Nahrung auf ihrem Gewicht erhielten, ohne dass daraus merkliche Störungen für ihre Gesundheit erwüchsen.

Weiterhin ist auch auf folgendes aufmerksam zu machen: einmal Anfälle, die in ihrer Heftigkeit und Häufigkeit das Bild sehr ernst gestalteten, andermal, wenn sie vorüber, befindet sich die Kranke so wohl, dass man ihr kaum anmerkt, dass sie überhaupt krank ist. Und dieser schnelle Wechsel zwischen den heftigsten Anfällen und einem Zustande relativen Wohlbefindens spricht eben auch mit Sicherheit für Hysterie!

Der überaus schnelle Eintritt der Besserung, diese plötzliche unvorhergesehene Wendung zum Besseren veränderten mit einem Schlage das ernste Bild. Noch am 24. XI. hören wir nichts von irgend welchem Nachlassen oder Besserwerden, bis sich noch am selben Tage ihr Zustand bedeutend bessert, als man die Anfälle zu unterbrechen suchte. Bereits in der folgenden Nacht vom 24. XI. zum 25. XI. schläft sie ruhig. Allerdings hatte sie nach 2 Einläufen Stuhlgang gehabt und diese Anreizung zu normaler Darmperistaltik mag wesentlich zur Besserung beigetragen haben. Aber vorher hatten Clysmata keinen Erfolg gehabt, die Darmperistaltik functionierte also bereits wieder normal. Eine Analogie für diesen schnellen Wechsel haben wir bei den mannigfachsten hysterischen Zuständen.

Dieser plötzliche Umschwung beweist mit ziemlicher Sicherheit, dass eine wirkliche pathologisch-anatomische Veränderung in der Darmwand kaum vorhanden gewesen sein kann. Und bisher nimmt man an, dass nur solange die Diagnose „Hysterie“ gelten kann, bis man wirkliche Veränderung in den Organen nicht nachgewiesen hat.

Fassen wir zum Schluss die Erklärung aller Symptome,

wie sie im Vorhergehenden zu geben versucht wurde, kurz zusammen, so erhalten wir folgendes Bild.

Infolge einer nervösen Störung bildete sich in einer längeren Strecke des Darmes, namentlich seines unteren Abschnittes, eine Lähmung aus, die verhinderte, dass die Kothmassen im Darm weiter nach unten über sie hinaus rückten, und dass Stuhl und Flatus abgingen. Das unaufhörliche Erbrechen verminderte die Nahrungsaufnahme und dieser Umstand hatte zur Folge, dass die Masse des Darminhaltes nur langsam grösser wurde. Daher waren zunächst die Erscheinungen nicht so stürmisch.

Da die Brechbewegungen nicht nachliessen, sondern heftiger wurden, die Kothmassen aber nicht weiter über die gelähmte Stelle des Darmes hinaus nach unten befördert werden konnten, so wurden schliesslich vielleicht durch antiperistaltische Bewegungen des Darmes immer tiefere, zuerst gallige, dann faeculente Massen aus dem Darm nach dem Magen befördert und von hier aus erbrochen.

Zu den heftigen Würg- und Brechbewegungen gesellten sich, vielleicht durch sie erst hervorgerufen, als weitere Complicationen respiratorische Krämpfe und klonische Krämpfe der Extremitäten. Diese Symptome zusammengenommen stellten die intensiven Brechanfälle dar. Im Anschluss an sie entwickelte sich die Ischurie.

Es handelte sich demnach in unserem Falle, wie wir nachgewiesen zu haben glauben, um eine ächte Hysterie. Die Verschiedenheit der einzelnen Symptome, auf die wir bereits im allgemeinen aufmerksam gemacht haben, ist hier in einer seltenen Art und Weise vorhanden. Trotz dieser Heterogenität hängen sie eng untereinander zusammen und ergeben sich teilweise auseinander.

Wie so oft bei Hysterie war es auch in diesem Falle erst nach längerer Beobachtung und zum Theil durch Ausschliessung anderer Krankheitsursachen möglich, die Diagnose „Hysterie“ zu stellen. Dass der Fall so günstig verlief, ist, da einmal Hysterie vorlag, nicht wunderbar. Aus

der allgemeinen Beobachtungen geht hervor, dass alle hysterischen Zustände selbst der gefährlichsten Art durchaus günstige Prognose bieten.

Oben wurde bereit erwähnt, dass ähnliche Beobachtungen von hysterischem Ileus nirgends vorliegen. Diese Ausnahmestellung erweist unserem Falle ein ganz besonderes Interesse. Einmal ist es von weittragender theoretischer Bedeutung, dass der Hysterie ein Symptom eingefügt werden kann, das man als solches hysterischer Art bisher nicht gelten lassen wollte. Allerdings tauchten immer wieder neue Berichte auf, in denen von hysterischem Ileus gesprochen wurde, und jedesmal wurde von berufener Seite die Unmöglichkeit solcher Erscheinung hervorgehoben, da in jedem einzelnen Falle Beobachtungsfehler nachgewiesen werden konnten. Um so mehr Interesse beansprucht unser Fall, da hier zum ersten Male unzweifelhaft faeculentes Erbrechen beobachtet wurde.

Andererseits ist der Fall von hoher practischer Bedeutung. Denn bei Darmstenose und ileusartigem Erbrechen werden in der Praxis wohl nur Radicalcuren anzuwenden sein. So wurden auch in unserem Falle in der ersten Zeit der Behandlung solche ernstlich erwogen und namentlich erörtert, ob nicht eine Laparotomie angezeigt wäre. Die Praxis wird aus unserem Falle zu entnehmen haben, dass die Behandlung bei hysterischem Ileus eine abwartende sein wird, weil die Prognose, wie bereits auseinandergesetzt, durchaus „günstig“ zu stellen ist.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Weber, auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank für Überlassung dieser Arbeit und gütige Unterstützung bei ihrer Abfassung auszusprechen. Auch den Herren Assistenten an der Med. Klinik, Dr. Morro und Dr. Pantzer, sei bester Dank für gütige Rathschläge.

Litteratur.

J. M. Charcot. Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems übers. v. Fetzer 1878.

F. Jolly. „Hysterie“ im Handbuch der spez. Path. u. Therap. herausgeb. v. H. v. Ziemssen.

R. Arndt. „Hysterie“ in Eulenburgs Realencyclopaedie Bd. X.

H. Eichhorst. „Darmstenose“ in Eulenburgs Realencyclopaedie Bd. V.

Lebenslauf.

Victor Felix Klingmüller geb. am 15 Jan. 1870 zu Woiselwitz Kr. Strehlen (Schlesien) als Sohn des Kgl. Kreisthierarztes Klingmüller.

Meine humanistische Bildung erhielt ich auf dem Gymnasium zu Strehlen, dass ich am 30. IV. 89. mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 1. April 89 trat ich als Volontär in ein Bankgeschäft in Breslau ein, um später zur Reichsbank übergehen zu können. Bereits am 24. Juni 89 liess ich mich an der Universität in Breslau immatriculieren und schrieb mich bei der dortigen medicinischen Fakultät ein. Das Tentamen physicum bestand ich am 18. Februar 1891.

Am 20. Oktober 1891 liess ich mich bei der medizinischen Fakultät in Halle einschreiben. Vom 1. October 91—1. März 92 war ich durch die Güte des Herrn Prof. Dr. Freiherrn von Mering Volontär in der Mediz. Poliklinik, vom 1. März 92—1. August 92 durch die Güte des Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Weber Volontär in der medizinischen Klinik, wofür auch an dieser Stelle beiden Herren aufrichtigster Dank abgestattet sei. Am 9. Juni 93 bestand ich das examen rigorosum.

In Breslau hörte ich die Vorlesungen der Herren:
E. Bohn, Born, F. Cohn, C. Hasse, Heidenhain, L. Hirt, Hürthle, Kaufmann, Ladenburg, O. E. Meyer, F. Müller, J. Schäffer.

In Halle: Ackermann, Aue (†), v. Bramann, Eberth, Harnack, v. Herff, v. Hippel, Hitzig, Kaltenbach, v. Mering, Oberst, Pott, Renk, Schirmer, Schwartze, Weber.

Thesen.

I.

Die Prognose bei hysterischem Ileus ist durchaus „günstig“.

II.

Morphium ist bei der Chloroformnarkose contraindicirt.

III.

Bei allen entzündlichen Prozessen des Blinddarms sind Abführmittel strengstens zu vermeiden.